

**PRESIDIO OSPEDALIERO DI MONDOVI'**  
**D.E.A. Tel. n.0174 677242 677243**

<b>VERBALE DI DIMISSIONE N. :</b>		<b>0101242023000285</b>	<b>Data/Ora accettazione:</b>		<b>26/09/2023 10:38</b>
Cognome:	<b>PROVAOLD</b>	Nome:	<b>PROVAOLD</b>	Sesso:	<b>M</b>
Nato il:	<b>01/01/1950</b>	a:	<b>MONDOVI'</b>	Prov.	<b>CN</b>
Residente a:	<b>CANCELLATO IRREPERITO</b>	Cap/Prov:	<b>99999 - EE</b>	Indirizzo:	<b>SCONOSCIUTO</b>
Domicilio:	<b>CANCELLATO IRREPERITO</b>	Prov:	<b>EE</b>	Indirizzo Domic..:	<b>SCONOSCIUTO</b>
C.F.:	<b>PRVPVL50A01F351T</b>	Telefono:	<b>0174123456</b>		
Accomp.:		Grado:			

**DATI ACCESSO**

Inviato da:	<b>Decisione Propria</b>	Modalità arrivo:	<b>ALTRO ELICOTTERO</b>
Problema Principale:	<b>DEA - Febbre</b>	Causale:	
Motivi dell'Accesso:		Area Comp:	<b>SALA A</b>

**Anamnesi:**

26/09/2023 10:39:47 anamnesi prova... ( Il Medico GENNARI STEFANO )

**Esame Obiettivo:**

26/09/2023 10:39:57 prova obiettivo ( Il Medico GENNARI STEFANO )

**Sintesi Clinica:**

**Decorso Clinico:**

<b>Terapia Som.:</b>	<b>Erogata</b>	<b>Terapia</b>	<b>Qta</b>	<b>Note</b>	<b>Responsabile</b>
----------------------	----------------	----------------	------------	-------------	---------------------

<b>Rilevazioni:</b>	<b>Data</b>	<b>Ora</b>	<b>Parametro</b>	<b>Unita Misura</b>	<b>Valore</b>	<b>Operatore</b>
---------------------	-------------	------------	------------------	---------------------	---------------	------------------

**Prestazioni:**

26/09/2023 10:38:00 DEA-VISITA DEA/PS 89.7

**ESITO**

**Diagnosi:** PROVA CDA2

**Esito:** INVIATO A DOMICILIO

**Data/Ora dimissione:** 26/09/2023 10:41

**Onere a carico di:** SSN

**Condizioni Cliniche alla dimissione:**

**Codice colore alla dimissione:** 4 - URGENZA MINORE - VERDE

**CONSIGLI**

**Terapie e Provvedimenti:**

**Controlli:**

**Note:**

**PRESIDIO OSPEDALIERO DI MONDOVI'**  
**D.E.A. Tel. n.0174 677242 677243**

<b>VERBALE DI DIMISSIONE N. :</b>		<b>0101242023000285</b>	<b>Data/Ora accettazione:</b>		<b>26/09/2023 10:38</b>
Cognome:	<b>PROVAOLD</b>	Nome:	<b>PROVAOLD</b>	Sesso:	<b>M</b>
Nato il:	<b>01/01/1950</b>	a:	<b>MONDOVI'</b>	Prov.	<b>CN</b>
Residente a:	<b>CANCELLATO IRREPERITO</b>	Cap/Prov:	<b>99999 - EE</b>	Indirizzo:	<b>SCONOSCIUTO</b>
Domicilio:	<b>CANCELLATO IRREPERITO</b>	Prov:	<b>EE</b>	Indirizzo Domic.:	<b>SCONOSCIUTO</b>
C.F.:	<b>PRVPVL50A01F351T</b>	Telefono:	<b>0174123456</b>		
Accomp.:		Grado:			

Alcuni farmaci prescritti potranno essere a totale carico del paziente

Se ha necessità delle immagini radiologiche può presentarsi con documento di identità e copia del referto presso l'ufficio della radiologia dalle 10 alle 15.30, o inviare un'altra persona con documento di identità, delega scritta, copia del referto e della carta di identità del paziente. Alternativamente può richiedere la spedizione a domicilio, con tariffe postali a suo carico, via mail all'indirizzo [rad.mondovi@amos.piemonte.it](mailto:rad.mondovi@amos.piemonte.it), indicando cognome, nome, data e luogo di nascita, esami di cui si richiedono le immagini, data di esecuzione, indirizzo di spedizione, allegando copia del proprio documento.

IL MEDICO DI TURNO **GENNARI STEFANO**

Firmato Digitalmente da GENNARI STEFANO in data 26/09/2023 10:42